

PALVELUSUUNNITELMAN ASUMISPALVELUYKSIKÖSSÄ

OHJEISTUS

Joanna Ojala ja

Helena Laihia

Opinnäytetyö, syksy 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Laihia, Helena & Ojala, Joanna. Palvelusuunnitelman ohjeistus asumispalveluyksikössä. Helsinki syksy 2015, 57 s., 8 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Palvelusuunnitelman ohjeistus asumispalveluyksikössä on kehittämishankkeena toteutettu opinnäytetyö, jossa yhteistyökumppanina toimi Helsingin Diakonissalaitoksen Malmikoti. Opinnäytetyön lopullisena tavoitteena oli tehdä ohjeistus, jonka avulla laaditaan sekä asukasta että työntekijöitä päivittäisissä käytännöissä tukeva palvelusuunnitelma. Opinnäytetyön kautta halusimme vaikuttaa asukkaiden laadukkaan ja turvallisen hoidon saamiseen sekä henkilökunnan asiakaslähtöiseen työskentelyyn.

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä aineistonkeruumenetelmänä lomakehaastatteluja. Lomakkeiden jako ja täyttö tapahtui henkilökunnan kehittämisiltapäivissä ja vierailemalla Malmikodissa, jossa asukkaita avustettiin lomakehaastattelun täytössä. Aineiston teemoittelua helpotti vastausten koodaaminen. Teemat muodostuivat aineistolähtöisesti lomakehaastattelun vastauksista ja vastausten avulla valittiin ohjeistukseen pysyvät FinCC-luokituksen komponentit. Asukkaiden ja työntekijöiden vastauksia vertailemalla pyrittiin tekemään johtopäätöksiä, joissa huomioitaisiin molemmat osapuolet.

Uusi palvelusuunnitelman ohjeistus laadittiin henkilökunnan ja asukkaiden toiveet ja tarpeet huomioiden. Uuteen ohjeistukseen valittiin kuusi pakollista komponenttia, joiden tulisi näkyä jokaisen asukkaan palvelusuunnitelmassa. Henkilökuntaa kannustettiin tekemään palvelusuunnitelmasta yksilöllinen yhdessä asukkaan kanssa. Ohjeistus oli koekäytössä kaksi kuukautta, jonka jälkeen sitä muokattiin saadun palautteen perusteella. Henkilökunta koki uuden ohjeistuksen olevan selkeä ja toimiva.

Opinnäytetyön tukena käytettiin valtakunnallisesti käytössä olevaa FinCC-luokitusta. Luokituksen käytön koimme tukevan ohjeistuksen luotettavuutta, sekä jatkossa helpottavan yhteistyötä Malmikodin ja muiden yksiköiden välillä. Opinnäytetyö edistää asiakaslähtöistä toimintaa sekä tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutumisen.

Asiasanat: palvelusuunnitelma, hoitotyön prosessi, asiakaslähtöisyys, rakenteiden kirjaaminen, FinCC-luokitus, asiakastietojärjestelmä, asumispalvelu.

ABSTRACT

Laihia, Helena and Ojala, Joanna

The service plan guidelines for housing service unit. Helsinki, Autumn 2015.

56 p., 8 appendices. Language: Finnish.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The service plan guidelines for housing service unit is a thesis that has been implemented as a development project as a partner of the Helsinki Deaconess Institute. The goal of the thesis was to make the guidelines for a service plan that supports employees and residents. Through this thesis, high-quality and safe care of residents has been ensured, as well as customer-oriented work of the staff.

The thesis was carried out using questionnaires as a data collection method. Distribution and filling in the questionnaires, took place in staff development afternoons, and by a visit to Malmikoti to assist residents in filling in the questionnaires. The data was sorted by themes, which facilitated the coding of the responses. Themes were formed by using the answers from the questionnaires and with the help of the answers given, we selected permanent FinCC classification components as guidelines. To take into account all parties concerned, conclusions were made by comparing answers given by both resident's and staff alike.

The new service plan guidelines has been prepared with consideration of staff and residents' wishes. We chose six mandatory components to the new guidelines, which should be reflected in the service plan for each resident. We encouraged staff to make individual service plans together with the residents. Guidelines were tested for two months, after which we modified it according to the feedback given to us. Staff felt that the new guidelines were clear and functional.

Nationwide FinCC classification was used to support the thesis. We felt that the use of FinCC classification supports the reliability of the guidelines, as well as helps the cooperation between Malmikoti and other units. Our thesis promotes customer-oriented operations and supports safe and high care.

Keywords: service plan, the nursing process, customer orientation, structural documentation, FinCC classification, customer information, housing service.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSTYÖ	8
2.1 Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä	9
2.2 Asumispalvelut.....	10
2.3 Asunnottomuus.....	11
2.4 Valtakunnallinen Valvontaohjelma 2012–2014	13
3 MALMIKOTI YHTEISTYÖKUMPPANINA	15
3.1 Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet.....	16
4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	18
4.1 Hoitotyön prosessi	19
4.2 Palvelusuunnitelma.....	19
4.3 FinCC (Finnish Care Classification) -luokitus	21
4.4 Asiakastietojärjestelmä	22
5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	24
5.1 Opinnäytetyön tavoitteet	24
5.2 Aineistonkeruu	24
5.3 Aineiston analyysi	29
5.4 Henkilökunnan vastauksia	29
5.5 Aukkaiden vastauksia	32
5.6 Riskit.....	33
6 HANKKEESTA SYNTYNYT UUSI OHJEISTUS	35
6.1 Ohjeistuksesta saatu palaute.....	36
7 POHDINTA	38
7.1 Opinnäytetyön prosessi	38
7.2 Ammatillinen kasvu.....	39
7.3 Eettisyys	40
7.4 Hankkeen luotettavuus	42
LÄHTEET	44
LIITE 1: Lomakehaastattelu asukkaille	48
LIITE 2: Työntekijöiltä pyydetävä kirjallinen suostumus	49
LIITE 3: Aukailta pyydetävä kirjallinen suostumus.....	50

LIITE 4: Lomakehaastattelu 1	51
LIITE 5: Lomakehaastattelu 2	52
LIITE 6: Palvelusuunnitelman ohjeistus	53
LIITE 7: Lomakehaastattelu 3	56
LIITE 8: Tutkimuksen toteuttajan suostumus	57

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena oli toimivan palvelusuunnitelman ohjeistuksen tuottaminen Helsingin Diakonissalaitoksen Malmikodille. Suunnitelma toimii asukkaan hoidon perustana Malmikodilla. Myös muissa hoitoalan paikoissa palvelusuunnitelma toimii runkona hoidon toteuttamiselle, jonka vuoksi koimme sen olevan tärkeä kehittämiskohde.

Valtakunnallinen valvontaohjelma, joka koskee mielenterveys- ja päihdetyön ympärivuorokautista asumispalvelua määrittää, että hoidon tulee pohjautua ajan tasalla olevaan palvelusuunnitelmaan (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvonta virasto 2012.) Palvelusuunnitelma on asiakirja, joka sisältää tietoa asiakkaan terveydentilasta, elämäntilanteesta ja hoidontarpeesta sekä hänen kanssaan sovituista palveluista (Päivärinta & Haverinen 2002). Suunnitelman laatiminen Malmikodilla on asukkaan omaohjaajan vastuulla, ja se tehdään yhdessä asukkaan kanssa. Tämä voi olla vaativaa ja aikaa vievää, mutta sitä voidaan helpottaa hyvällä ohjeistuksella. Ohjeistuksen avulla tulisi voida kattavasti kirjata näkyviin asiakkaan hoidon tarve, tavoitteet ja keinot, joilla näihin päästään.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen kysymällä eri tahoilta mahdollisia kehittämis- tai tutkimustarpeita. Malmikodilta tuli pyyntö palvelusuunnitelman ohjeistuksen tekemiseen. Edeltävä ohje on vaikeaselkoinen, jonka vuoksi se on jäänyt käyttämättä lähes kokonaan. Palvelusuunnitelmat olivat osittain puutteellisia ja rakenteeltaan eroavia, mikä vaikeutti esimerkiksi sijaisten päivittäisen työn suunnittelua. Uuden ohjeistuksen pohjana käytimme FinCC-luokitusta sekä edeltävää ohjetta. Finnish Care Classification (FinCC), on kansallinen rakenteisen kirjaamisen luokitusmalli.

Tiedonkeruumenetelmäksi valitsimme lomakehaastattelun. Lomakehaastattelut toteutettiin sekä henkilökunnalle että niille asukkaille, jotka olivat kykeneviä vastaamaan. Asukkaat ovat oman hoitonsa ja palveluidensa parhaita asiantuntijoita ja henkilökunta toimii yhteistyössä heidän kanssaan. Keskeytimme työssämme palvelusuunnitelman ohjeistukseen, joka koskee Malmikodin asukkaiden tarpei-

ta, mutta on sovellettavissa myös muihin yksiköihin. Tulevaisuudessa sen pohjalta voisi kehittää kirjaamiskäytäntöä. Opinnäytetyömme auttoi meitä kehittämään ammatillisesti, sillä palvelu- ja hoitosuunnitelmien laatiminen sekä kirjaaminen ovat tärkeitä hoitotyön osa-alueita.

Malmikodin asukkailla on taustoillaan asunnottomuutta, vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa, mielenterveys- ja päihdeongelmia, käytöshäiriöitä ja heidän fyysinen toimintakykynsä on alentunut. Ongelmistaan ja erityisen tuen tarpeestaan huolimatta he ansaitsevat ihmisarvoisen elämän, joka vaikutti halukkuuteemme tehdä opinnäytetyömme juuri Malmikodille. Ihmisarvon kunnioittaminen on lähtökohtainen arvo Helsingin Diakonissalaitoksen toiminnalle (Helsingin Diakonissalaitos 2014). Yhtenevät palvelusuunnitelmat takaavat laadukkaamman ja turvallisemman hoidon asukkaille.

Opinnäytetyön raportissa käytämme sen kohteena olevista ihmisistä käsitettä asukkaat. Muun aihepiiriin kuuluvan aineiston sisällä käytämme myös käsitettä potilas tai asiakas, jolloin tiedonhaku on ollut laajempaa. Yleisesti sosiaalihuollon piirissä käytetään termiä asiakas ja terveydenhuollossa puhutaan usein potilaasta.

Raportissa käytetään palvelusuunnitelma käsitteen rinnalla käsitettä hoitosuunnitelma, vaikka keskityimme työssämme juuri palvelusuunnitelmaan. Käsitteet esiintyvät monissa lähteissä yhdistettyinä. Usein hoitosuunnitelmasta puhuttaessa on kyse terveydenhuollon laitoshoidosta ja avohoidon puolella käytetään palvelusuunnitelmaa.

2 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSTYÖ

Nykyään tiedetään yleisesti päihde- ja mielenterveysongelmien kulkevan usein käsi kädessä. ICD-10 tautiluokituksessa nämä kaksi osa-aluetta kuuluvat samaan ryhmään. Mielenterveysongelmia pyritään monesti helpottamaan päihteillä ja vastaavasti päihteiden käyttö tuo mukanaan mielenterveysongelmia. Monella tämän erityisalueen asiakkaalla on kaksoisdiagnoosi, eli päihderiippuvuuden lisäksi henkilö kärsii jonkinlaisesta psykiatrisesta häiriöstä. (Laitila 2010, 50.) Tämä lisää haastetta hoito- ja palvelujärjestelmässä, sillä ne eivät osa-alueiltaan ole aukottomasti yhteneviä. Haitallisen päihteiden käytön aiheuttamia psyykkisiä ongelmia ovat esimerkiksi mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt. Ymmärrettävästi tämän kaltaiset ongelmat voivat edelleen aiheuttaa taloudellista ahdinkoa ja haitata sosiaalista elämää. Päihde- tai mielenterveysongelmille on yleistä niistä aiheutuva leimautuminen sekä oman itsen että ympäristön taholta. Tämä lisää häpeän ja arvottomuuden tunnetta yksilötasolla, saattaen lisätä ongelmia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 a; Laitila 2010, 46, 50.)

Valtio säätelee päihde- ja mielenterveyspalveluita omilla erillisillä laeillaan. Nämä lait asettavat toiminnalle toisistaan poikkeavia edellytyksiä ja vaatimuksia. Puhutaan informaatio-ohjauksesta, jolla tarkoitetaan päihde- ja mielenterveys-työn kehittämiseksi laadittuja suosituksia ja ohjeita, joita käytetään hyväksi työn toteutuksessa. Perinteisesti näitä kahta osa-aluetta on hoidettu erillisesti, mutta nykyään ollaan yhä enemmän siirtymässä yhtenäistettyjen palvelujen suuntaan. Vaikka lait eroavat toisistaan, pyritään siitä huolimatta myös asumispalvelut järjestämään yhteisen sosiaalihuoltolain nojalla. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012, 3–9; Laitila 2010, 47.)

2.1 Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä

Tällä opinnäytetyöllä koimme olevan vaikutusta asiakkaan osallisuuteen ja läheisenä käsitteenä tunnettuun asiakaslähtöisyyteen. Ohjasimme henkilökuntaa laatimaan palvelusuunnitelmia yhteistyössä asukkaan kanssa, sekä toteutimme lomakehaastattelun myös asukkaille. Vaikka palvelusuunnitelma auttaa työntekijää päivittäisen työn suunnittelussa ja toteutuksessa, ajattelemmme sen lähtökohtaisesti olevan asiakaslähtöinen ja sen kautta asukkaan saavan parhaan tarpeitaan vastaavan hoidon ja palvelun.

Asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys liittyvät läheisesti toisiinsa. Osallisuus käsitteenä merkitsee asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista, kun taas asiakaslähtöisyydellä viitataan organisaation ja työntekijöiden toimintaan, arvoihin, tavoitteisiin ja sisältöön. (Laitila 2010, 51.) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on arvona tunnustettu, mutta aiemman tutkimustiedon mukaan sen käytännön toteutuksessa on todettu olevan puutteita. Valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yhtenä tavoitteena on ollut palveluiden käyttäjien osallistumisen avulla vaikuttaa siihen, että palvelujärjestelmä vastaisi paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaan osallisuuden ja henkilökunnan asiakaslähtöisen toiminnan on todettu vaikuttavan positiivisesti elämänlaatuun ja hoitoon sitoutumiseen. (Laitila 2010, 2, 51.) Nämä kaksi osa-aluetta olivat myös keskeisiä asioita, joihin pyrimme kehittäessämme parempaa palvelusuunnitelman laadintaa.

Minna Laitilan (2010) tutkimuksessa on edelleen selvitetty asiakkaan osallisuutta fenomenografisen lähestymistavan kautta. Tutkimuksessa ilmeni muun muassa osallisena olleiden asiakkaiden olleen siinä käsityksessä, ettei asiakaslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että sen ajateltiin olevan pelkkää retoriikkaa, jolloin asiakkaan mielipidettä ei todellisuudessa haluta kuulla. Osallistumismahdollisuuksien kehittymisen edellytyksenä todettiin olevan se, että palvelujärjestelmässä arvostetaan henkilökunnan osalta palvelun käyttäjien omia kokemuksia ja tietoa sekä hyväksytään heidän asiantuntijuutensa. Asiak-

kaan osallisuuden koettiin olevan oikeanlaisen toiminnan edellytys, mutta sen käytännön toteutuksessa todettiin kuitenkin olevan puutteita.

2.2 Asumispalvelut

Asumispalvelut ovat sosiaalihuoltolain mukaisesti järjestettäviä palveluita. Niiden järjestäminen on kunnan vastuulla. Asumispalvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka syystä tai toisesta ovat tuen tai palveluiden tarpeessa, jotta heidän asumisensa järjestyisi. Tavoitteena on ehkäistä laitoshoidon tai mahdollisia lisäpalveluiden tarpeita, joita puutteellinen asumisjärjestely voisi aiheuttaa. Palveluasumisessa asiakas saa päivittäistä tukea ja apua, jotta mahdollisimman omatoiminen suoriutuminen olisi mahdollista. Mikäli avun tarve on jatkuvaa, asumispalvelu on järjestettävä ympärivuorokautisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012, 10.)

Opinnäytetyön yhteistyötahona toiminut Malmikoti tarjoaa pysyvän asunnon vammaisille naisille ja miehille, joiden olisi perinteisin keinoin vaikea saada asuntoa. Helsingin Diakonissalaitoksen asumispalvelut on tarkoitettu ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa tarvitseville. Asiakkaiden fyysinen ja psyykinen terveydentila, sekä sosiaalinen toimintakyky ovat huomattavasti alentuneet. Erityistä tuen tarvetta lisää eri sairauksista ja vammoista aiheutuneet vakavat käytöshäiriöt. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.)

Rosenheck, Kaspro, Frisman ja Liu-Mares (2003) tutkivat tuetun asumisen kustannustehokkuutta mielenterveys- ja päihdeongelmaisten keskuudessa Yhdysvalloissa. He tulivat siihen johtopäätökseen, että tuettu asuminen kodittomille, joilla on mielenterveysongelmia, johtaa parempiin asumisratkaisuihin kuin pelkkä intensiivihoidon. Lisäksi se korottaa maltillisesti sosiaalikuluja. (Rosenheck, Kaspro, Frisman ja Liu-Mares 2003.)

Markku Salo sekä Mari Kallinen (2007, 324–332) tutkivat asumispalveluiden tilaa ja tulevaisuutta. Tutkimuksen mukaan asumispalveluyksikössä eläminen

on usein laitosmaista. Kuntoutuminen itsenäiseen asumiseen omassa asunnossa on mahdollista mutta haastavaa. Salo ja Kallinen ehdottavat laitostamisen vaihtoehdoksi sosialisatiota, kuntoutumiseen tukevia palveluita ja kodin käsitteen kehittämistä.

Asumispalveluyksikön tulisi olla jotain kodin ja laitoksen välissä. Kodinomainen siksi, että siellä olisi optimaaliset olosuhteet kuntoutumiseen ja mielen virkistymiseen. Laitos siinä mielessä, että se on turvallinen paikka, jossa on turvallista olla ja paikalla on henkilökuntaa, joka ohjaa ja kannustaa arjessa eteenpäin.

2.3 Asunnottomuus

Asunnottomuuteen liittyy usein muitakin ongelmia kuten päihteiden käyttöä, työttömyyttä tai yllättäviä elämäntilanteen muutoksia. Asuminen mahdollistaa usein työssä tai koulussa käymisen ja sosiaalisten suhteiden ylläpidon. Vaikka asunto ja asuminen kuuluvat ihmisen perustarpeisiin, se ei ole kaikille itsensänselvyys. (Lehtonen & Salonen 2008, 10.)

Tilastojen mukaan Suomessa oli vuonna 2014 lähes kahdeksantuhatta asunnottomia (Taulukko 1: Asunnottomien määrä ryhmittäin 2014). Aran (Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus) selvityksen mukaan asunnottomuus on vähentynyt viimeisen vuoden aikana. Helsingissä oli vuotta aikaisemmin lähes kuusi sataa (600) asunnottomia enemmän, kuin vuonna 2014. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma PAAVO I (2008–2011) on siis tuottanut tulosta. Helsinki on yksi vähentämishjelmaan osallistuvista kaupungeista. (Ahola & Stycz 2015.)

TAULUKKO 1. Asunnottomien määrä ryhmittäin 2014

	2014	2014	Vuosimuutos (hlöä)	Vuosimuutos (hlöä)
Koko Maa	Yksineläviä asunnottomia	näistä pitkäai- kaisia asunnottomia	Yksineläviä asunnottomia	näistä pitkäai- kaisasun- nottomia
Ulkona, porrashuoneis- sa, ensisuojaissa yms.	362	176	30	30
Asuntoloissa, majoitus- liikkeissä	402	175	-145	-53
Erilaisissa laitoksissa	774	473	-45	-58
Vapautuvat vangit	155	69	-23	1
Tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona	5 414	1 550	-212	-22
Koko maa yhteensä	7 107	2 443	-394	-102

(Lähde: Ahola & Stycz 2015.)

Usea Malmikodin asukas on ollut syrjäytynyt, koska on käyttänyt päihteitä tai on ollut asunnoton. Malmikotiin tulevat asukkaat ovat useimmiten asunnottomia, ja he saavat paikan SAS-sijoittajan päätöksellä. Helsingin Diakonissalaitoksen toiminnan lähtökohtainen arvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Sen vuoksi halusimme osaltamme ehkäistä syrjäytymistä ja auttaa vähempiosaisia.

Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi (2014), käsitellään Suomalaisen väestön hyvinvointia ja terveyttä. Tutkimusten mukaan kouluttamattomat nuoret ovat muita huono-osaisempia. Vain peruskoulun käyneillä on muita enemmän ongelmia päihteiden käytössä sekä fyysisessä ja psyykkisessä terveydessä. Lisäksi he ovat muita suuremmassa vaarassa syrjäytyä. (Karvonen & Kestilä 2014, 171.) Syrjäytyminen yhteiskunnasta saattaa aiheuttaa asunnottomuutta ja päinvastoin, jonka vuoksi on mielestämme panostettava molempien asioiden huomiointiin ja ennaltaehkäisyyn.

Kataisen hallituskauden yksi painopisteistä oli syrjäytymisen ehkäisy. Tämän seurauksena esimerkiksi toimeentulotukea muutettiin. Nuorten kieltäytyessä opiskelu- tai työpaikasta ilman hyvää perustetta, heidän toimeentulotukeaan voidaan pienentää. Tällä kannustetaan nuoria pois kotoa, kouluttamaan itseään ja toivotaan, että se ehkäisisi syrjäytymistä jo varhaisella iällä. (Lehtelä 2014, 253.)

2.4 Valtakunnallinen Valvontaohjelma 2012–2014

Asiakaslähtöisen työn toteutusta voidaan arvioida palveluntarjoajan omavalvonnan kautta. Tämän tueksi on kehitetty erityinen valvontaohjelma, joka palvelee mielenterveys- ja päihdehuollon palveluja tarjoavia yksiköitä sekä asiakkaita. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisten asumispalveluiden, sekä päihdehuollon laitospalveluiden valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014 on perusasiakirja, jota sovelletaan sekä julkisiin että yksityisiin asumispalveluihin ja laitoshiin yhdenmukaisesti. Valvonnan lähtökohtana on asiakkaiden perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen ja tavoitteena mm. palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden paraneminen, sekä alueellisten erojen pieneneminen. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012, 3–9.)

Valvontaohjelmassa esitetään asiat, joihin valvonta kohdistuu ja kuinka toiminnan asianmukaisuutta voidaan arvioida. Vasta asiakkaan sijoittamisprosessin ollessa käynnissä mainitaan, että asiakkaalla on oltava laadittuna ajantasainen hoito- tai palvelusuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012, 13–14.)

Valvontaohjelma on yleisesti nähtävillä ja sitä voivat käyttää myös asiakkaat ja omaiset arvioidessaan hoidon tarvetta ja toteutusta. Valvontaohjelma ohjaa palvelujen tarjoajaa omavalvonnan kehittämisessä, jonka tulisi olla keskeinen osa laadunhallintaa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012, 3–9.) Palvelusuunnitelmat ovat mielestämme merkittävässä osassa palvelujen laadun

arvioinnissa ja ylläpitämisessä. Tämän vuoksi suunnitelmien jatkuva kehittäminen ja päivittäminen ovat tärkeitä.

3 MALMIKOTI YHTEISTYÖKUMPPANINA

Malmikoti on Helsingin Diakonissalaitoksen asumispalveluyksikkö, joka tarjoaa asunnon helsinkiläisille asunnottomille naisille ja miehille. Henkilökuntaan kuuluu 17 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista, joista kaksi on sairaanhoitajia, yksi sosionomi-diakoni ja 14 lähihoitajaa. Eri ammattiryhmien edustajia kutsutaan talon sisällä yhteisnimikkeellä ohjaaja. Malmikodissa on 23 asukasta, jotka eivät vammautumiseensa liittyvien fyysisten ja psyykkisten rajoitteiden vuoksi kykene asumaan itsenäisesti. Asukkailla on usein taustoillaan pitkäaikaista asunnottomuutta, päihde- ja mielenterveysongelmia sekä vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa.

Malmikoti pyrkii edistämään asukkaiden asemaa yhteiskunnassa, mikä vähentää psyykkisiin sairauksiin ja vammaisuuteen liittyvää mahdollista leimaamista. Henkilökunta kunnioittaa asukkaiden käsitystä omasta parhaastaan ja kuntoutus sekä muut tukitoimet järjestetään asiakkaan ehdoilla. Elämäntavan muutos ei ole edellytys asunnon saamiseen Malmikodista. Helsingin Diakonissalaitoksen lähtökohtaisena arvona ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja oman asunnon uskotaan luovan perustan ihmisen kuntoutumiselle (Helsingin Diakonissalaitos i.a.)

Lähtökohtana Malmikodilla on tarjota asukkaille turvallinen asuinympäristö, yksilöllinen hoito ja tukea päivittäisissä toimissa. Jokaiselle asukkaalle on nimetty oma ohjaaja, joka vastaa asukkaan palvelusuunnitelman säännöllisestä päivittämisestä, sekä siitä että palvelusuunnitelma on tehty yhteistyössä asukkaan kanssa mahdollisuuksien mukaan. Myös korvaava ohjaaja on nimetty, joka huolehtii muutoksista omaohjaajan pidemmän poissaolon aikana.

Ohjaajat vastaavat palvelusuunnitelmien mukaisesti asukkaiden päivittäisestä perushoidosta, hoidon arvioinnista ja kehittämisestä (Helsingin Diakonissalaitos i.a.). Palvelun dokumentoinnissa käytetään ASTA-asiakastietojärjestelmää. Asukkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa käytetään RAI-

arviointijärjestelmää. RAI on kansainvälinen laadun arviointijärjestelmä, jonka avulla arvioidaan muun muassa asukkaiden avun tarvetta, lääkitystä ja riskiteki-
jöitä. RAI on käytössä lähes kolmessakymmenessä maassa ja se on kehitetty
nimenomaan terveyden ja toimintakyvyn mittaamiseen. (interRAI i.a.)

3.1 Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet

Hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyviä kehittämisprojekteja on tehty useita. Esi-
merkkinä mainittakoon Jalasjärvellä avohuoltoon kehitetty palvelusuunnitelma-
kansio, jonka yhtenä tavoitteena oli asiakaslähtöisempi hoito ja palvelut (Päivä-
rinta & Haverinen 2005, 51–53). Oulun alueelliseen vanhustyön kehittämisoh-
jelmaan vuosina 2001–2005, kuului myös hoito- ja palvelusuunnitelmien kehi-
ttäminen enemmän asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Tällä pyrittiin varmistamaan
laadukas hoito ja palvelujen saanti asiakkaalle. (Päivärinta & Haverinen 2005,
64–66.)

Minna Laitilan (2010) tutkimusta olemme sivunneet tässä opinnäytetyössä, sillä
se vastaa tavoitteeltaan opinnäytetyötämme laajemmassa kokonaisuudessaan.
Kyseisen tutkimuksen tuloksia on osittain avattu myöhemmin tässä raportissa.

Aikaisempia opinnäytetöitä hoito- ja palvelusuunnitelmiin sekä kirjaamiseen liit-
tyen löytyi useita. Esimerkkinä mainittakoon: Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen
FinCC-luokituksen mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa hoitohenki-
lökuntaa rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisessä, käyttäen apuna esimerkkejä
(Hakanen & Välikallio 2013). Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon on johda-
tellut myös opinnäytetyö nivelreumapotilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoit-
teena oli tuottaa koulutustilaisuus, joka sisältää tietoa rakenteisesta kirjaamisesta
FinCC-luokituksen mukaisesti sekä hoitosuunnitelmien laatimisesta. (Oksa
2009.) Eeva Ahtolan opinnäytetyö keskittyi hoitotyön kirjaamisen laadun paran-
tamiseen, osana suurempaa hanketta Helsingin Diakonissalaitoksen sairaalas-
sa. Kyseisessä työssä oli käytetty tukena FinCC-luokitusta ja pyritty muutta-
maan hoitosuunnitelmien kirjaamiskäytäntöä rakenteisemmaksi. (Ahtola 2012.)

Edellä mainitut ja muut aiheeseen liittyvät opinnäytetyöt toimivat suuntaa antavina tekijöinä meidän työllemme.

Yhdysvalloissa on tehty useita tutkimuksia asumispalveluista ja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivistä asunnottomista. New Yorkissa investoitiin koodit-
tomien tuettuun asumiseen 1990-luvulla. Tutkimuksissa huomattiin tuetussa
asunnossa asuvien käyttävän vähemmän sairaalapalveluita ja julkisia suojia.
Lisäksi he joutuivat harvemmin vankilaan kuin edelleen kadulla asuvat. Tuettu
asuminen toi huomattavia säästöjä kaupungille ja on inhimillisempi vaihtoehto
kuin kadulla asuminen. (Culhane, Metraux & Hadley 2002, 107–108.)

4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Rakenteisella kirjaamisella viitataan potilasasiakirjaan merkittyyyn tietoon, joka on tallennettu siihen etukäteen sovitun rakenteen mukaisesti. Tietoa voidaan tarvittaessa täydentää vapaamuotoisella tekstillä. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 12–13.) Rakenteisen kirjaamisen perustana käytetään yleisesti FinCC-luokitusta, joka muodostuu Suomalaisista hoidon tarve- toiminto- ja tulosluokituksista. Luokitusten lisäksi potilasasiakirjan on sisällettävä vapaata, kerronnallista tekstiä, joka muokkaa asiakirjan yksilölliseksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hyvä kirjaaminen palvelusuunnitelmaa tukena käyttäen edesauttaa asukkaan laadukasta ja turvallista hoitoa, ja lisäksi se luo pohjan myös turvallisuusriskien minimoinnille (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 26). Hoitotyön laadukkuuteen sisältyy esimerkiksi saatavuus, asianmukaisuus, tehokkuus, turvallisuus ja hoidon jatkuvuus, jotka kaikki edellyttävät hyvää kirjaamista toteutuakseen. Kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa ja sen lähtökohtana pidetään asiakaslähtöisyyttä. Näyttöön perustuvassa kirjaamisessa potilasasiakirjasta näkyy, minkälaiseen tietoon tehty päätökset perustuvat ja mitä valituilla keinoilla on saatu aikaan. Yhdeksi tärkeimmäksi sosiaalitoimen työyhteisön laatutekijäksi on usein valittu tiedonkulku, joka on erityisen tärkeää hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisen kannalta. (Hallila 2005 a, 13–15.)

Tiedonkulku eri toimipisteiden välillä ei toimi, mikäli palvelusuunnitelmaan ei ole kirjattu ajankohtaista tietoa asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisesti. Tämä opinnäytetyö auttaa osaltaan raportoinnin sujuvuudessa eri toimipaikkojen välillä, sillä ohjeistuksen myötä ajantasainen tieto on aiempaa helpommin löydettävissä ja se mukailee valtakunnallisesti käytössä olevaa FinCC-luokitusta.

4.1 Hoitotyön prosessi

Hoitotyössä kirjataan olennaisimmat hoitoon liittyvät tiedot ja päätöksenteot hoitotyön prosessimallin mukaan. Hoitotyön systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti, jota voidaan kutsua myös hoidollisen päätöksenteon vaiheiksi. Vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Sähköisessä potilaskertomuksessa eri tietokokonaisuudet luokitellaan ryhmiin hoitoprosessin vaiheiden ja toimintojen mukaan. Näitä ryhmiä muodostetaan eri otsikoiden avulla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.)

Hoidon *tarpeen määrittelyllä* tarkoitetaan terveydentilassa jo mahdollisesti olevan tai tulevaisuudessa tiedettävissä olevan ongelman kuvaamista, jota voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Toisin sanoen määritetään elämäntilanteeseen ja hoitoon liittyviä ongelmia. Potilaalta haastattelemalla saatujen tietojen perusteella hoitaja määrittelee hoidon tarpeen yhdessä potilaan kanssa. Hoidon *suunnittelun ja toteutuksen* vaiheita kuvataan luokituksessa hoitotyön toiminnoilla, jotka toteutuvat erilaisissa hoitajan ja potilaan välisissä auttamis- ja ohjaustilanteissa. Näillä toiminnoilla vastataan ennalta määritettyihin hoidon tarpeisiin. Hoitotyön toiminnot sisältävät myös asioiden koordinoitua, apuvälineiden järjestämistä ja niistä huolehtimista. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 14.)

4.2 Palvelusuunnitelma

Sosiaalihuoltolaissa, joka määrittää asiakkaan asemaa ja oikeuksia, (812/2000) 7. §:n mukaan, toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus-, tai muu vastaava suunnitelma. Tämä tulee tehdä yhteistyössä asiakkaan kanssa (Päivärinta & Haverinen 2003, 5). Myös tähän perustuen koimme kehittämishankkeen tärkeäksi ja halusimme edistää oikeanlaisen toiminnan toteutumista.

Palvelusuunnitelma on asiakkaan ja sosiaalihuollon välinen toimintasuunnitelma, johon kirjatut palvelut ja tukitoimet tulee myöntää asiakkaalle, ellei ole perusteltua syytä toimia toisin. Asiakkaalle ei synny suunnitelman perusteella suoraa oikeutta vaatia siihen liitettyjä palveluita tai tukitoimia. Palvelusuunnitelma ei ole viranomaisen tekemä hallintopäätös, eikä näin ollen allekirjoitettunakaan juridisesti sitova. Suunnitelma kuitenkin sitoo kuntaa ja siitä poikkeaminen on aina perusteltava erikseen. Syy suunnitelmasta poikkeamiseen voi olla esimerkiksi asiakkaan avun tarpeen muuttuminen palvelusuunnitelman laatimisen jälkeen. Myös asiakasta sitoo perustelu velvollisuus hänen hakiessaan suunnitelmasta poikkeavaa palvelua. Perusteltu syy on usein olosuhteiden muutos (esim. toimintakyvyn huonontuminen), joka selittää poikkeamisen suunnitelmasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.)

Palvelusuunnitelman tulee sisältää asiakkaan tilanne yksityiskohtaisesti ja yksilöllisesti. Tietoja kirjataan kattavasti niiltä osin kuin se vaikuttaa päätöksiin palvelujen sisällöstä, järjestämistavasta ja määrästä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.) Hyvä palvelusuunnitelma on asiakaslähtöinen, käytännön työssä toteutuva, joka turvaa sen että ihminen voi elää toiveitaan vastaavaa elämää. Palvelusuunnitelman tulisi olla tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja tavoitteista. Suunnitelmassa tulisi selkeästi määritellä kuntoutuksen ja palvelujen tarve, sekä tavoite ja keinot näiden saavuttamiseksi. Nähtävillä on oltava asiakkaan näkemys ja toiveet hoidon tarpeista ja niihin vastaavista palveluista. Mikäli yhteisymmärrykseen ei asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä päästä, kirjataan molemmat näkyviin. Seuranta ja arviointia tulisi päivittäin toteuttaa ja kirjata, mikäli muutoksia tai uusia kokemuksia asiakkaan tilanteesta ilmenee. (Päivärinta & Haverinen 2003,13; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.)

Palvelusuunnitelmaa laadittaessa tulisi tavoitteena olla kunnan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista palveluista, mikä ei käytännössä aina ole helppoa. Näkemyseroja saattaa syntyä esimerkiksi arvioitaessa sopivinta palvelumuotoa tai asiakkaan henkilökohtaisen avun tarvetta. Tilanteessa, jossa asiakas ei sairauden tai henkisen vajavuuden vuoksi kykene

osallistumaan palveluidensa suunnitteluun, toimitaan yhteistyössä hänen laillisen edustajan, omaisten tai läheisten kanssa. Samoin toimitaan, mikäli asiakas ei rajoitteidensa vuoksi ymmärrä ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai tehtävien päätösten seurauksia. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015 b.)

4.3 FinCC (Finnish Care Classification) -luokitus

Finnish Care Classification (FinCC) -luokituskokonaisuuden eri versioita on ollut käytössä jo yli kymmenen vuoden ajan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä ja sitä päivitetään edelleen vastaamaan paremmin käyttäjien tarpeita. FinCC-luokituskokonaisuus perustuu kansainväliseen, Yhdysvalloista lähtöisin olevaan Clinical Care Classification (CCC) -luokituskokonaisuuteen ja niillä on yhtenevä hierakkinen rakenne. (Itä-suomen yliopisto i.a.)

FinCC-luokituskokonaisuus (Suomalaisen hoitotyön tulosluokitus) muodostuu Suomalaisesta hoidon tarve- (SHTaL 3.0), toiminto- (SHToL 3.0) ja hoidon tuloksen tila- (SHTuL 1.0) luokituksista. Tarve- ja toimintoluokitusten rakenne on hierarkkinen ja niissä on kolme tasoa: komponentit, joita on 17 (Taulukko 2) ja komponenttien alla vaihteleva määrä pääluokkia ja alaluokkia. Tulosluokitus on kolmiportainen, jossa hoidon tulos määritellään käsitteillä: parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 10.)

FinCC-luokituksen käyttö mahdollistaa kirjaamisen hoitoprosessimallin mukaisesti. Useat asiakas-/potilastietojärjestelmät on rakennettu niin, että rakenteinen kirjaaminen on mahdollista kertakirjaamisen periaatteella FinCC-luokitusta käyttäen. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 21.)

4.4 Asiakastietojärjestelmä

ASTA on Helsingin Diakonissalaitoksen sisäisesti käytössä oleva asiakastietojärjestelmä, joka on otettu Malmikodissa käyttöön syksyllä 2011. ASTAan on tallennettu esimerkiksi asukkaan perustiedot ja lääkitys. Lisäksi tallennettuna on asukkaan palvelusuunnitelma, ohjaajien päivittäiset kirjaukset ja asukkaan terveyden seuranta. Kirjaaminen ei tällä hetkellä perustu rakenteiseen kirjaamiseen, vaan se on vapaamuotoista. ASTAan ei tällä hetkellä ole mahdollista myöskään liittää rakenteista mallia. Tulevaisuudessa asiakastietojärjestelmä on tarkoitus korvata uudella ohjelmalla, joka mahdollistaa rakenteisemmän kirjaamisen toteutumisen.

Tiedolla on merkittävä osuus järjestettäessä asiakkaan hoitoa ja toteutettaessa sitä. Terveystieteiden tutkimuksessa potilastietoja hallitaan laajalla järjestelmällä, johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat, ohjeet sekä luonnollisesti ihmiset toimijoina. Hoidon tuottajalla tai itsenäisellä ammatinharjoittajalla on velvollisuus ylläpitää potilasasiakirjoja. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on ollut sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö potilastietojen kirjaamisessa. (Saranto & Sonninen 2008, 12–13.)

Potilastietojärjestelmien päällimmäisenä tarkoituksena on tiedon tuottaminen potilaan hoidosta. Sähköisen tietojärjestelmän on katsottu osaltaan parantavan hoidon laatua ja turvallisuutta. Myös toiminnan seurannalle ja tilastoinnille on sen myötä auennut uusia mahdollisuuksia. Sähköisten terveystietojärjestelmien ja muiden tietohallinnan tuotteiden on katsottu edistävän asiakaskeskeisyyttä, palvelujen saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta. Myös moniammatillisen tiimityöskentelyn ja hoitoketjujen saumattomuuden ajatellaan hyötyvän tästä. (Hallila 2005 b, 51.)

Suomessa ollaan kehittämässä sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintaa yhtenäisemmäksi Apotti hankkeella, jonka lopputuloksena olisi potilas- ja asiakastietojärjestelmä, joka mahdollistaisi entistä paremman sähköisen asioinnin ja palvelut. Nykyään käytössä olevat tietojärjes-

telmät ovat toiminnaltaan luonnehdittu kankeiksi ja monelta osin hankaliksi käyttää. Nykyiset järjestelmät eivät myöskään ohjaa käyttäjää toiminnoissa ja ne tukevat hoitoketjujen toteutumista huonosti. Sosiaalihuollon järjestelmien käytettävyydestä ei ole olemassa valtakunnallista tutkimustietoa, mutta tutkimus on kirjattu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämislistalle. Tavoitteena on saada käyttäjäystävällinen asiakastietojärjestelmä, jossa asiakkaan/potilaan ajantasaiset tiedot ovat saatavilla asiointi- tai hoitopaikasta riippumatta. (Helsingin kaupunki 2013.)

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön tavoitteet

Pyrimme hankkeellamme vastaamaan kysymyksiin, kuinka tehdään palvelusuunnitelma Malmikodin asukkaalle, sekä minkälainen ohjeistus siihen tarvitaan. Malmikodin esimiehen toiveena oli ohjeistuksen käytännönläheisyys ja selkeys. Siinä tulisi olla kaikissa suunnitelmissa esiintyvät yhtenevät osa-alueet (komponentit), joita täydennetään ja päivitetään yksilöllisesti asukkaan tilanteen mukaan.

Opinnäytetyömme on kehittämishanke, jonka lopullisena tavoitteena oli kirjallinen ohjeistus palvelusuunnitelman tekemisestä Malmikodin asukkaalle. Tarkoitus oli tehdä ohjeistus, jonka avulla laaditaan sekä asukasta että työntekijöitä päivittäisissä käytännöissä tukeva palvelusuunnitelma. Tämä helpottaa myös työn suunnittelua ja tukee asiakkaan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoidon toteutumista. Kehitimme käytössä olleesta ohjeesta uuden, tarkoituksenmukaisemman ja laadukkaamman ohjeistuksen, jota sovelletaan työelämään.

Palvelusuunnitelmien on tarkoitus tulla päivittäiseen käyttöön ja toimia kirjaamisen tukena ohjeistuksen myötä. Yhtenä osatavoitteena oli tuoda FinCC-luokitus ja rakenteinen kirjaaminen tutummaksi ja helpommin ymmärrettäväksi Malmikodin henkilökunnalle. Tämä auttaa jatkossa tiedon siirrossa eri yhteistyötahojen välillä, koska samaa luokitusta käytetään laajasti eri terveydenhuoltoalan toimipisteissä (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012).

5.2 Aineistonkeruu

Joulukuussa 2014 osallistuimme ensimmäisen kerran henkilökunnan kehittämistapaamiseen. Silloin kävimme vapaata keskustelua palvelusuunnitelmien tekemiseen liittyen. Näin pääsimme orientoitumaan aiheeseen ja esittelemään sen

henkilökunnalle. Halusimme myös kartoittaa henkilökunnan mielipiteitä palvelusuunnitelmien tekemisestä ja niihin liittyvistä haasteista. Perustelimme kehittämistarpeen hyödyllisyyttä, sekä asukkaan että työntekijän näkökulmista. Toinen meistä teki muistiinpanoja, toisen keskittyessä keskustelemaan henkilökunnan kanssa. Huomioimme muistiinpanot laatiessamme tulevaa ohjeistusta. Toimimme näin, sillä emme olleet vielä saaneet tutkimuslupaa, jonka tarvitsimme voidaksemme käyttää lomakehaastattelun menetelmää.

Ryhmässä toteutettu keskustelu antoi tietoa usealta ihmiseltä samanaikaisesti. Ryhmäkeskustelusta voi olla hyötyä väärinymmärrysten korjaamisessa, toisaalta se voi estää kielteisten kokemusten esiintuloa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 197). Kielteisten kokemusten esiin tuominen mahdollistui kuitenkin myöhemmin tehtävässä lomakehaastattelussa.

Saimme selville työntekijöiden kaipaavan asukkaan oman äänen esille tulemista palvelusuunnitelmissa. Usean oli vaikea hahmottaa, mikä palvelusuunnitelmasa on nykytila ja tavoite sekä mitkä ovat toimintoja, joilla tavoitteisiin päästään. Lisäksi työntekijät toivoivat palvelusuunnitelmasta löytyvän helposti asukkaan perussairaudet, sekä kertomuksen asukkaan taustoista ja luonteesta. Suuri osa työntekijöistä ei tiennyt että olemassa on ohje, jota voisi käyttää apuna palvelusuunnitelman tekemisessä.

Maaliskuussa 2015 tutkimusluvan saatuaamme, kartoitimme Malmikodin ympäristönä. Tutustuimme asiakaskuntaan voidaksemme huomioida heidän tarpeensa palvelusuunnitelman ohjeistuksessa. Luimme asukkaiden voimassa olevat palvelusuunnitelmat, joita tarkastelimme käyttäen tukena FinCC-luokitusta. Etsimme palvelusuunnitelmista niiden heikkouksia ja vahvuuksia, joita kävimme läpi kehittämisiltapäivässä henkilökunnan kanssa. Osa palvelusuunnitelmista oli kattavia ja selkeitä, jolloin niissä oli myös johdonmukainen rakenne, jota oli helppo seurata. Näitä suunnitelmia oli selkeytetty numeroimalla samaa vastaavat tarve, tavoite ja keinot eri sarakkeisiin samalla numerolla. Tämän käytännön päätimme siirtää myös tulevaan ohjeistukseen. Osasta suunnitelmista huomasi, että niitä oli vain päivitetty kiinnittämättä huomiota tarvittaviin muutoksiin. Toisis-

ta palvelusuunnitelmista näkyi niihin käytetty aika, toiset olivat melko suppeita ja yleisluontoisia. Yhdessäkin voimassaolevassa palvelusuunnitelmassa ei ollut esimerkiksi mainintaa, kuinka usein diabetesta sairastavalta asukkaalta mitataan verensokeri tai verenpainetauti sairastavalta verenpaine. Joissain suunnitelmissa oli mennyt nykytila ja keinot sekaisin.

Esittelimme henkilökunnalle tiivistelmän FinCC-luokituksen komponenteista (Taulukko 2: FinCC-luokituskokonaisuuden komponentit (17) ja komponentin sisällönkuvaus), minkä toivoimme auttavan asukkaan hoidon hahmottamista kokonaisvaltaisesti, ja tuottavan kehittämisideoita uusiin palvelusuunnitelmiin. Ennen lomakehaastatteluita selvitimme henkilökunnalle FinCC-luokituksen ja rakenteisen kirjaamisen käsitteet.

TAULUKKO 2. FinCC-luokituskokonaisuuden komponentit (17) ja komponentin sisällönkuvaus (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012,11)

Lihavoituna palvelusuunnitelman ohjeistukseen valitut komponentit.

KOMPONENTTI	KOMPONENTIN SISÄLLÖNKUVAUS
Aktiviteetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruuan sulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aisti- ja neurologiset toiminnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämäntapoihin liittyvät osatekijät

Käytimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä lomakehaastatteluja. Lomakehaastattelut toteutettiin lähes koko henkilökunnalle sekä niille asukkaille, jotka olivat kykeneviä ja halukkaita vastaamaan. Painotimme haastatteluihin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Lisäksi toimme esille, että jokainen voi keskeyttää hankkeeseen osallistumisen koska tahansa ilman, että se vaikuttaa heidän työ- tai asumissuhteeseensa. Kuulan (2006, 99) teoksessa muistutetaan, että tutkittavien tulee tietää kuinka tutkimusaineistoa käytetään ja kuinka se hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Selvitimme nämä sekä henkilökunnalle (Liite2: Työntekijöiltä pyydettävä kirjallinen suostumus) että asukkaille (Liite 3: Asukkailta pyydettävä kirjallinen suostumus).

Asukkaiden terveydentilan perusteella, oletettu vastausprosentti oli puolet koko asukasmäärästä mikä myös toteutui, saimme vastauksia 16. Henkilökunta täytti omat lomakkeensa kehittämisiltapäivissä. Lomakkeet sai palauttaa nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa, jotka keräsimme tilaisuuden lopuksi. Olimme sopineet esimiehen kanssa, että mahdolliset poissaolijat saavat täyttää lomakehaastattelun viikon sisällä, joten kaikilla oli mahdollisuus osallistua. Myös nämä lomakkeet palautettiin nimettöminä kirjekuoressa. Esimies keräsi kuoret, jotka noudimme vastausajan päätyttyä. Henkilökunnan ja asukkaiden osallisuus kokemuksineen ja mielipiteineen oli tärkeää, jotta saimme lopullisen ohjeistuksen vastaamaan juuri Malmikodin tarpeita.

Lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu sopi käytettäväksi, sillä haastateltavia oli useampia ja he edustivat yhtenäistä ryhmää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 195; Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a.). Lomakehaastattelussa oli valmiiksi jäsennellyt kysymykset, jotka olivat kaikille samat ja samassa järjestyksessä. Tätä menetelmää käyttämällä saimme vertailukelpoista tietoa ja tietojen käsittely oli nopeaa.

Lomakehaastattelun kysymykset laadimme esiteltyämme opinnäytetyön ideapaperin. Kysymysten tuli olla lopullisessa muodossaan valmiina ennen tutkimusluvan hakemista eettiseltä toimikunnalta. Vilkan (2005, 81) mielestä teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet tulisi olla valmiina ennen kyselylomak-

keen suunnittelua. Jälkikäteen mietittynä kysymysten asetteluun olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa ja miettiä pidemmällä tähtäimellä. Olisimme myös voineet asettaa kysymykset monivalintakysymyksiksi, jolloin olisimme saaneet tarkempia vastauksia. Monivalintakysymysten lisäksi olisimme voineet laittaa avoimia kysymyksiä.

5.3 Aineiston analyysi

Haastatteluja analysoimalla saimme paremman käsityksen kehittämistarpeesta ja yksilöllisiä näkökulmia. Analysoimme aineistoa lukemalla lomakkeiden vastaukset ja käyttämällä analyysimenetelmänä teemoittelua, joka on laadullisen tutkimuksen perusmenetelmä. Teemoittelua käytetään analyysimenetelmänä usein, kun haastateltaville on esitetty saman teeman alla samat kysymykset (Kananen 2012, 117). Teemoja muodostivat lomakehaastatteluista kerätyt vastaukset, niiden yhteneväisyydet ja eroavaisuudet.

Teemoittelun apuna käytimme koodausta, joka tarkoittaa sanojen luokittelua (Kananen 2012, 117). Etsimme yhteneväisyyksiä vastauksista ja luetteloidimme ne värikoodein. Vertailimme myös vastauksia asukkaiden ja henkilökunnan välillä, jotta huomioisimme molempien osapuolien mielipiteet mahdollisimman hyvin. Analysoimalla lomakehaastattelut toivoimme saavamme selville, mitä uudessa ohjeistuksessa tulisi välttää. Olettamuksena oli, että työntekijät olivat perehtyneet edelliseen palvelusuunnitelman ohjeeseen. Ohjeen olemassaolosta kaikki saivat tiedon viimeistään osallistuessamme kehittämisiltapäivään ensimmäisen kerran.

5.4 Henkilökunnan vastauksia

Viikolla 10, maaliskuun kehittämisiltapäivässä keräsimme palautetta (Liite 4: Lomakehaastattelu 1) henkilökunnalta siitä, mitä he pitävät tärkeänä palvelusuunnitelmassa (Taulukko 3: Mikä sinun mielestäsi on tärkeää asukkaalle teh-

tävässä palvelusuunnitelmassa). Lisäksi kysyimme olivatko he käyttäneet edellistä ohjeistusta ja jos eivät olleet käyttäneet, niin mistä se johtui. Kartoitimme myös minkälaista ohjeistusta he olivat kaivanneet, tehdessään palvelusuunnitelmia aikaisemmin. Useiden sairaslomien vuoksi osallistujamäärä jäi alhaisemmaksi kuin olimme ajatelleet. Yksitoista (11) työntekijää vastasi ensimmäiseen lomakehaastatteluun.

TAULUKKO 3. Mikä sinun mielestäsi on tärkeää asukkaalle tehtävässä palvelusuunnitelmassa

Mikä on tärkeää	Samojen vastausten määrä
Henkilökohtainen, yksilöllinen	4
Realistiset tavoitteet	7
Asukkaan äänen kuuluminen	6
Selkeä	1
Perushoito-ohjeet	1
Yhtenäinen hoitolinjaus	1
Ajan tasalla, huomioidaan muutokset	2
Avuntarpeen näkyminen	5
Asukkaan voimavarat	1
Oleelliset asiat välittyvät suunnitelman käyttäjälle	1
Kokonaisvaltainen	1

Vastauksista näkyi selvästi vastaajien olevan yhtä mieltä siitä, että asukkaan osallisuus ja heidän mielipiteet tulisi ottaa paremmin huomioon. He arvostivat henkilökohtaista ja realistista palvelusuunnitelmaa, josta näkyy selkeästi avuntarpeet. Vaikka ohjeistus on aikaisemminkin ollut käytettävissä, niin sitä ei ole hyödynnetty. Vain kaksi (2) yhdestätoista (11) ilmoitti käyttäneensä edellistä ohjeistusta tehdessään palvelusuunnitelmia. Tämä on ymmärrettävää, sillä esimies oli kertonut aikaisemmin, että se on vaikeaselkoinen. Kysyimme henkilökunnalta syytä siihen, mikseivät he ole ohjeistusta käyttäneet. Useampi oli vastannut, ettei tiennyt ohjeistuksen olemassaolosta.

Tehdessään aikaisempia palvelusuunnitelmia, henkilökunta oli miettinyt, mitä muuta suunnitelmassa tulisi olla, kuin hoidontarpeet. Moni oli kaivannut selkeää ja kirjallista runkoa, jonka pohjalta palvelusuunnitelman voisi tehdä. Lisäksi he olivat kaivanneet palautetta ja korjausehdotuksia muilta työntekijöiltä.

Viikolla 16, huhtikuun kehittämisiltapäivässä, henkilökunta vastasi toiseen lomakehaastatteluun (Liite 5: Lomakehaastattelu 2). Ajatuksena oli varmistaa, ettemme jättäisi pois mitään Malmikodille tärkeää, omiin johtopäätöksiimme tai teoriaan perustuen. Oletimme, että vastaukset olisivat auttaneet meitä valitsemaan palvelusuunnitelman ohjeistukseen tulevat pysyvät komponentit. Haastatteluita litteroidessamme huomasimme, että kysymysten asettelussa oli käynyt ajatusvirhe. Oletimme kysyvämme mitä komponentteja henkilökunta haluaisi ohjeistukseen. Komponenttien sisällön sijaan kysyimme vain niiden lukumäärää. Päätimme jatkaa ilman lomakkeiden muokkausta, sillä juuri tällaisena lomakkeet oli esitelty ennen tutkimusluvan saantia eettiselle toimikunnalle. Poh-tiessamme ratkaisua, tulimme siihen johtopäätökseen, että tulkitsemalla asuk-kaiden lomakehaastattelut (Liite 1: Lomakehaastattelu asukkaille) sekä henkilö-kunnan ensimmäiset lomakehaastattelut (Liite 4: Lomakehaastattelu 1), voimme valita sopivat komponentit. Henkilökunnalla olisi kuitenkin mahdollisuus vaikut-taa lopullisiin komponentteihin vielä ohjeistuksen koekäytön jälkeen, jolloin voimme muokata niitä tarvittaessa.

Komponentteja miettiessään vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että niitä tulisi olla viidestä yhdeksään (5-9), joista osa olisi kaikille pakollisia. Puolet vastaajista kaipasi tarkkoja alaluokkia selventämään palvelusuunnitelmien tekoa, koska se saattaisi helpottaa ja nopeuttaa työskentelyä. Puolet heistä ei pitänyt alaluokki-en olemassaoloa tärkeänä.

5.5 Asukkaiden vastauksia

Asukkaiden lomakehaastattelut toteutettiin Malmikodissa huhtikuussa 2015. Saimme yhteensä 16 vastattua lomaketta. Lähes jokainen tarvitsi apua lomakkeen täyttöön ja osa myös kysymysten ymmärtämiseen. Kysyimme asukailta heidän tietoisuudestaan palvelusuunnitelman olemassaolosta ja olivatko he osallistuneet sen tekemiseen (Taulukko 4: Asukkaiden tietoisuus palvelusuunnitelman olemassaolosta ja sen tekoon osallistuminen). Lisäksi kysyimme asukkaan omia toiveita palvelusuunnitelman sisällöstä. Tavoitteenamme ei ollut selvittää syitä esimerkiksi asukkaan osallistumattomuuteen, vaan lisätä asukkaiden tietämystä palvelusuunnitelmasta ja saada heidän toiveitaan esiin. Myös vastausten kautta henkilökunta tulisi tietoisemmaksi asukkaan osallisuudesta, mikä lisäisi motivaatiota sen parempaan huomioimiseen jatkossa.

TAULUKKO 4. Asukkaiden tietoisuus palvelusuunnitelman olemassaolosta ja sen tekoon osallistuminen

Oli tietoinen palvelusuunnitelmasta	8
Ei ollut tietoinen palvelusuunnitelmasta	7
Oli osallistunut suunnitelman tekemiseen	5
Ei ollut osallistunut suunnitelman tekemiseen	9
Oli osallistunut, muttei ollut saanut mielipidettään kuuluviin	1
Täytetty lomake, ilman asianmukaista vastausta	1

Vastauksista voidaan tulkita, että vastaajista kahdeksan (8) tiesi suunnitelman olemassaolosta joista 5 oli osallistunut sen tekemiseen. Syytä siihen ettei suunnitelmaa ole tehty yhdessä asukkaan kanssa, ei tässä yhteydessä selvitetty. Yksi vastaajista koki saaneensa osallistua, muttei mielipidettään näkyviin suunnitelmassa.

Lomakehaastattelussa asukkailta kysyttiin myös mitä he haluaisivat oman palvelusuunnitelmansa sisältävän. Vastaukset olivat moninaisia, joista osa keskittyi enemmän hoidon saatavuuteen tai laatuun, kuin palvelusuunnitelman sisältöön. Pyrimme huomioimaan nämä vastaukset sisällyttämällä ohjeistukseen FinCC-luokituksen komponenteista turvallisuuden, käsittäen myös sisäisen turvallisuuden johon hoidon saatavuudella ja laadulla voidaan vaikuttaa.

Yksityiskohtaisesti palvelusuunnitelman toivottiin sisältävän selkeää tietoa terveydentilasta, päivittäisistä tavoista ja tottumuksista (tupakointi, puhtauden merkitys), taloudellisten asioiden hoidosta (viikoittainen asukkaalle annettava rahamäärä), avun tarpeesta asennon vaihdoissa sekä henkilökohtaisista luonteenpiirteistä (hermostuminen). Toiveena oli myös mahdollisuus itsenäisempään elämiseen, jonka huomioiminen palvelusuunnitelmassa tulisi esiin muun muassa kirjaamalla omatoimisuuden tukemiseen liittyen keinoja. Lisäksi toivottiin avun saamista tulevaisuuden suunnittelussa, esimerkkinä oman asunnon hankkiminen. Yhteen lomakkeeseen oli kirjattu toive palvelusuunnitelmaan kirjattavien tavoitteiden realistisuudesta, mikä ilmeni myös useista henkilökunnan lomakehaastatteluista.

Tavoitteiden realistisuus on merkittävä huomio. Tämä ilmeni myös edellä mainitun tutkimuksen (Laitila 2010) kautta, jossa asiakkaat pitivät päihde- ja mielen-terveystyön asiakaslähtöisyyttä retorisenä. Jos tavoitteet kirjataan, mutta ne ovat täysin epärealistisia, voi tällainen oletamus vahvistua edelleen.

5.6 Riskit

Asukkaiden osallisuus opinnäytetyössä oli tärkeässä roolissa ja eettisesti merkittävä. Niiden asukkaiden kohdalla, jotka eivät kyenneet itsenäisesti vastaamaan lomakehaastatteluun, riskinä oli vastausten luotettavuuden heikentyminen, mikäli henkilökunnan jäsen olisi toteuttanut lomakehaastattelun. Vastaaja olisi voinut muun muassa jättää sanomatta jotain haluamaansa, jos hän olisi kokenut sen loukkaavan henkilökuntaa. Tulimme johtopäätökseen, jossa toimi-

paikan ulkopuolinen henkilö (Helena Laihia) toteutti lomakehaastattelut (Liite1: Lomakehaastattelu asukkaille) asukkaiden kanssa, kirjaamalla suulliset vastaukset lomakkeisiin asukkaiden puolesta. Lomakehaastattelut toteutettiin asukkaille Malmikodissa huhtikuussa 2015.

Mahdollisiin riskeihin edeltävän lisäksi lukeutui ohjeistuksen vaikeaselkoisuus. Jos se olisi liian monimutkainen tai vaikeasti ymmärrettävä, se saattaisi jäädä käyttämättä, kuten aikaisempi ohje. Jos ohjeistus ei ole riittävän tarkka ja helpolukuinen, eivät palvelusuunnitelmat ole jatkossakaan yhteneväisen mallin mukaan laadittuja.

6 HANKKEESTA SYNTYNYT UUSI OHJEISTUS

Opinnäytetyön edistyessä mietimme, minkälaisen ohjeistuksen tekisimme. Sen tulisi olla yksinkertainen sisältäen pysyvät komponentit, jotka ottaisivat huomioon asukkaiden perustarpeet. Lisäksi sen avulla pitäisi pystyä muokkaamaan palvelusuunnitelmia yksilöllisesti kunkin asukkaan kohdalla. Päädyimme tekemään ohjeistuksen tyhjään palvelusuunnitelmapohjaan. Teimme lisäksi yhden mallipalvelusuunnitelman mielikuvitusasukkaasta, jotta se auttaisi hahmottamaan ohjeistusta paremmin. Tätä mallia emme lopulta käyttäneet, koska ajattelimme sen johdattelevan juuri tietynlaisen palvelusuunnitelman laatimiseen, mikä ei ollut tarkoituksenmukaista.

Ajattelimme, että palvelusuunnitelman alussa tulisi näkyä päivämäärä, jolloin se on viimeksi päivitetty ja kuka sen on tehnyt. Tähän kohtaan tulisi myös maininta asukkaan osallisuudesta tai miksi asukas ei ole osallistunut oman palvelusuunnitelmansa tekoon. Ihmisellä täytyy olla oikeus elää yksilönä ja tehdä päätöksiä omien mielipiteidensä pohjalta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137). Maininta asukkaan mahdollisesta bakteerikantajuudesta tai tarttuvasta taudista tulisi olla myös heti näkyvissä, samoin tieto hoitotestamentista tai DNR-päätöksestä. Henkilökunnan toiveiden mukaisesti alkuun merkitään myös asukkaan perussairaudet ja siinä on mahdollisuus avata hieman hänen taustojaan.

Palvelusuunnitelmaan valitsimme kuusi komponenttia, jotka tulisi löytyä jokaisen asukkaan palvelusuunnitelmasta: päivittäiset toiminnot, psyykkinen tasapaino, lääkehoito, aktiviteetti, turvallisuus ja ravitsemus. Lisäkomponenteiksi valitsimme: kudoseheys, terveyskäyttäytyminen, erittäminen, aisti- ja neurologiset toiminnot sekä hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta. Avasimme näitä komponentteja niin, että jokaisen otsikon alle on kirjoitettu mitä se pitää sisällään, esimerkiksi *Lääkehoito: lääkityksen sopimattomuus/lääkeaineallergia, lääkekielteisyys, avun tarve lääkkeiden jakamisessa ja/tai ottamisessa*.

Esittelimme uuden ohjeistuksen (Liite 6: Palvelusuunnitelman ohjeistus) toukokuun kehittämispäivässä. Kävimme läpi heidän esille tuomansa toiveet ja kuinka olimme päätyneet ratkaisuihin, joista olimme laatineet uuden ohjeistuksen. Halusimme kuitenkin varmistaa sen toimivuuden käytännössä, jotta voisimme muokata sitä tarvittaessa. Annoimme henkilökunnalle kesän aikaa tehdä uusia palvelusuunnitelmia uuden ohjeistuksen pohjalta. Pyysimme että he vastaavat lomakehaastatteluun (Liite 7: Lomakehaastattelu 3) heti palvelusuunnitelman tehtyään. Keräsimme vastaukset yhteen heinäkuun lopussa 2015.

6.1 Ohjeistuksesta saatu palaute

Olimme pyytäneet henkilökunnalta palautetta (Liite 7: Lomakehaastattelu 3) uudesta ohjeistuksesta. Saimme kuusi (6) lomaketta takaisin. Jotkut olivat koonneet yhdessä asukkaan palvelusuunnitelman koneella ja täyttäneet yhteisen lomakehaastattelun. Näin ollen ei ole täyttä varmuutta vastausprosentista viimeisessä kyselyssä. Lähetimme kesän aikana kaksi muistutusviestiä henkilökunnalle sähköpostilla, joissa kannustimme heitä vastaamaan lomakehaastatteluun ja antamaan palautetta ohjeistuksesta. Toivoimme etenkin rakentavaa palautetta ja korjausehdotuksia.

Kaikki vastanneet olivat yhtä mieltä siitä että uusi palvelusuunnitelman ohjeistus on nyt toimiva ja selkeä, osan mielestä jopa täydellinen. Kysyimme mitä puutteita henkilökunta oli ohjeistuksessa huomannut tai jäänyt kaipaamaan. Suurin osa ei kaivannut muutoksia, mutta muutama hyvä palaute tuli, jotka lisäsimme ohjeistukseen. Ensimmäisestä versiosta oli unohtunut apuvälineiden käyttö kokonaan, lisäsimme sen *Päivittäiset toiminnot* -komponentin alle. Apuvälineiden käytöstä meille tuli ajatus, että palvelusuunnitelmassa olisi hyvä olla maininta siitä, että asukkaalla käy säännöllisesti fysioterapeutti. Lisäsimme tämän *Aktiviteetti* -komponentin yhteyteen.

Ohjeistukseen kaivattiin myös kohtaa johon kirjattaisiin asukkaan ja henkilökunnan eri näkemykset. Lisäsimme sen sekä ohjeistukseen, että alkutekstiin selke-

ästi. Asukas ei aina itse ole samaa mieltä tarvitsevansa avun määrästä. Hänen tulee kuitenkin saada mielipiteensä kuuluviin. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat hoidon tarpeen määrittämisessä vaikeimpia eettisistä haasteista (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141). Keskustelua oli herättänyt myös voisiko komponentteja yhdistellä joiltakin osin. Lisäsimme alkutekstiin muistutuksen että jokainen palvelusuunnitelma voisi olla yksilöllinen. Yhden lomakehaastattelun palautteena oli vastattu ohjeistuksen sopivan mahdollisesti paremmin sairaalakäyttöön. Lomakkeen vastaajan mukaan asumispalveluihin voisi riittää suppeampikin ohjeistus.

Lähetimme valmiin ohjeistuksen vielä tarkastettavaksi Malmikodin esimiehelle, yksikönjohtajalle sekä palvelualuejohtajalle ja pyysimme heiltä palautetta uudesta ohjeistuksesta. Malmikodin esimiehen mielestä uusi ohjeistus on riittävän yksityiskohtainen ja helposti ymmärrettävä. Hänestä listasta on helppo löytää ne kohdat, jotka kunkin asukkaan kohdalla ovat oleellisia.

Yksikönjohtaja antoi todella hyvää ja rakentavaa palautetta ohjeistukseen muutamien sanavalintojen osalta. Lisäksi hän kehotti miettimään miten saisimme lisättyä ohjeeseen vielä paremmin voimavaralähtöisyyttä. Yksikönjohtaja mietti miten ohjaajia kannustettaisiin asettamaan asukkaiden kanssa tavoitteita jotka kertovat asukkaasta enemmän. Muokkasimme hänen palautteensa pohjalta vielä ohjeistuksen sanamuotoja sekä lisäsimme hänen kaipaamiensa asioita. Kokonaisuutena ohjeistus on selkeä ja tiivis, hänestä se tulee palvelemaan hyvin asumispalvelualueella tulevaisuudessa.

Palvelualuejohtaja kutsui meidät asumispalveluiden laajennetun johtoryhmän kokoukseen esittelemään opinnäytetyömme sekä uuden ohjeistuksen. Hänen ajatuksena on, että työmme tulokset otetaan käyttöön koko asumispalveluissa.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön prosessi

Alusta asti oli selvää että halusimme opinnäytetyöstä olevan konkreettisesti hyötyä jollekin ja halusimme toteuttaa kehittämishankkeen kirjallisen työn ohessa. Mietimme yhteistyökumppaneita ja aihealueita jotka kiinnostavat meitä itseämmekin. Kyselimme tarpeita työpaikoiltamme ja tutuilta esimiehiltä. Päädyimme lopulta tekemään palvelusuunnitelman ohjeistuksen Helsingin Diakonissalaitoksen Malmikotiin.

Opinnäytetyön prosessi oli kokonaisuutena antoisa, uuvuttava ja ajoittain hyvin turhauttava. Sen edetessä kuitenkin varmuus valmiiksi saamisesta ja aiheen merkityksellisyydestä kasvoi. Erityisen haastavaa oli saada suunnitelma eettisen toimikunnan hyväksyttäväksi. Vaadittiin useita kertoja korjauksia, kunnes työ hyväksyttiin lopulta käsittelyyn. Meni kaksi toimikunnan tapaamista, joihin olimme arvioineet työn pääsevän käsittelyyn, kunnes kolmanteen se hyväksyttiin. Työmme oli tilattu Diakonissalaitoksen Malmikodista ja palvelualuejohtaja oli antanut hyväksynnän työllemme, muttemme päässeet etenemään haastatteluihin laatimassamme aikataulussa. Harkitsimme vaihtavamme yhteistyötahoa ja opinnäytetyön aihetta kokonaan, vaikka olimme käyttäneet runsaasti aikaa jo lähdemateriaalin hankintaan ja vienyt ideaamme jo pitkälle. Lopulta eettisen toimikunnan puollon jälkeen pääsimme etenemään haastatteluihin ja valmistelemaan uutta ohjeistusta. Ohjeistuksen laatiminen ja työn kirjoittaminen olivat lopulta opinnäytetyön helpoin osuus.

Opinnäytetyön etenemisestä tuotettiin kirjallinen raportti, joka sisältää palvelusuunnitelman kirjallisen ohjeistuksen. Lopullinen ohjeistus tulee myös sähköisessä muodossa käytettäväksi. Työelämätahon kanssa sovittiin, että ohjeistus jaettaisiin myös muihin Helsingin Diakonissalaitoksen asumispalveluyksiköihin. Se mahdollistaisi yhtenevien palvelusuunnitelmien tekemisen eri toimipisteiden välillä, ja auttaisi muun muassa sijaisten toimimista asukkaiden parhaaksi.

Kehittämishankkeemme lopputuloksena tuotettu palvelusuunnitelman ohjeistus asumispalveluyksikössä tulee päivittäiseen käyttöön Diakonissalaitoksen Malmikodissa. Pyrimme opinnäytetyöllämme tukemaan Malmikodin henkilökuntaa päivittäisessä työssään, joka vaikuttaa asukkaiden laadukkaaseen ja turvalliseen palveluiden saamiseen. Palvelusuunnitelmat toimivat jokapäiväisen hoidon ja palvelujen saamisen perustana, joten niiden tulisi olla yhteneviä ja kattavia, huomioiden asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja elämän tilanteet. Ohjeistuksen avulla henkilökunta voi toteuttaa suunnitelman laadinnan, kyseiset osat alueet mukaan lukien.

7.2 Ammatillinen kasvu

Mielenterveys- ja päihdetyössä korostuu eettinen toiminta ja asiakaslähtöisyys. Vaikka sairaanhoitajan tärkeimpänä roolina pidetään usein klinisen hoitotyön osaamista ja asiantuntijuutta, koemme että klinisen osaamisen ohella tulisi aina muistaa myös se tärkein, ihminen. Ihminen ja ihmistenväliset suhteet ovat hoitotyön keskipiste (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9) ja lähtökohta eettiseen tutkimustapaan on ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006, 60). Vuorovaikutusosaaminen on tärkeää sairaanhoitajan työssä. Sen lisäksi että osaa toimia moniammatillisessa työryhmässä, on tärkeää muistaa erilaiset potilaat ja asiakkaat. Vammaiset, mielenterveyspotilaat, päihteidenkäyttäjät, lapset - kaikkia tulee kohdella samalla tavalla, huomioiden kuitenkin heidän erilaisuutensa.

Koemme ammatillisen kasvumme kehittyneen tiedonhankinnassa ja uuden tiedon käsittelyssä. Nykypäivänä internetistä löytyy paljon tietoa, joista suuri osa on virheellistä. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden tekemisen myötä osaamme kyseenalaistaa lukemaamme tietoa. Ensimmäisen opinnäytetyöprosessin jälkeen olisi helpompi lähteä tekemään uutta opinnäytetyötä, gradua tai tutkimusta. Kuten Vilkkä (2006, 115) muistuttaa, tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulisi jo miettiä miten ja kenelle tutkimusta kirjoitetaan ja tehdään. Nyt osaisimme en-

nakoida paremmin tulevia haasteita, ymmärrämme paremmin prosessia ja pysyisimme ehkä käyttämään aikaamme paremmin.

Tulevina sairaanhoitajina täytyy muistaa itsemme kehittäminen. Siihen täytyy panostaa tulevaisuudessakin. Hoitoala muuttuu koko ajan ja jos ei kouluta itseään, jämähtää helposti vanhoihin rutiineihin. Ammattitaito vahvistuu työkokemuksen ja työvuosien myötä, mutta uuden oppiminen siinä rinnalla on tärkeää. Itsensä kehittämiseen täytyy olla myönteinen asenne ja pitää tietoisesti kehittää omaa ammattitaitoa myös tulevaisuudessa.

Keskinäinen yhteistyömme sujui hyvin. Alkuun tapasimme lähes viikoittain ja muodostimme yhdessä tekstiä. Opinnäytetyön edetessä tapasimme harvemmin. Sovimme tapaamisilla seuraavat tavoitteet ja kävimme läpi aikaansaannokset. Teimme molemmat yhtä paljon töitä opinnäytetyön eteen. Muokkasimme myös toistemme kirjoittamaa tekstiä, lisäsimme väliin omia ajatuksia ja poistimme ylimääräisiä mielipiteitä. Vaihdoin kappaleiden paikkaa ja otsikointia useaan otteeseen. Olimme samaa mieltä lähes kaikesta, joka helpotti päätöksentekoa ja tekstin muokkaus oli helppoa. Mikäli erimielisyyksiä oli, pääsimme aina lopulta yhteisymmärrykseen.

Yhteistyö Malmikodin henkilökunnan ja asukkaiden kanssa sujui hyvin. Luotettavuutta lisäsi yhteistyö esimiehen kanssa sekä se, että Joanna Ojala työskentelee Malmikodissa. Aihepiirille, jota opinnäytetyömme käsittelee, tuo lisää luotettavuutta viimeisimpien tutkimustietojen hyödyntäminen, sekä kansainvälisesti käytössä olevan FinCC-luokituksen käyttö.

7.3 Eettisyys

Opinnäytetyömme eettisyyden kannalta erityisen tärkeää oli saada asukkaat mukaan lomakehaastatteluihin, mikä toteutui mielestämme hyvin. He saivat omat mielipiteensä kuuluviin ja olivat osana projektia. Uusi ohjeistus luo perustan heidän laadukkaalle ja tasavertaiselle hoidolle ja ohjaukselle. Kysymysten

asettelu olisi voitu jälkikäteen ajateltuna toteuttaa toisin, esimerkiksi käyttäen valmiita vastausvaihtoehtoja ennen avointa kysymystä toiveista palvelusuunnitelman sisällöstä. Myös asukkaille ennakoon annettu selvitys palvelusuunnitelmasta ja sen merkityksestä, olisi voinut antaa sisällöllisesti erilaisia vastauksia. Palvelusuunnitelmien kuvaus jäi suppeaksi lomakehaastattelussa ja sitä tuli täydentää haastattelutilanteessa sanallisesti.

Arvioitaessa tutkivan kehittämisen eettisyyttä yleisesti, on kiinnitettävä erityistä huomiota hyvään tieteelliseen- ja toimintakäytäntöön. Näin vaaditaan myös ammattikorkeakoulujen kehittämis- ja tutkimustyössä. Käytännön läheisessä työssä korostuvat oleellisesti myös ammattieettiset periaatteet. On huomioitava aiheen valinnan eettisyys, tietolähteiden valinta, aineistonkeruu menetelmien valinta, saadun tiedon käsittelyn eettisyys ja paljon muuta. Kehittämistoiminnalla ei saa loukata ketään tai väheksyä eri ihmisiä ja ihmisryhmiä. Ihmisellä on oikeus itse päättää osallisuudestaan tutkimus- tai kehittämishankkeeseen ja itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Terveystieteiden kehittämistoiminnan perusta on asiakkaiden/potilaiden hyvä. (Heikkilä ym. 2008, 43–45.)

Koemme toimineemme eettisesti hyvän kehittämistoiminnan puitteissa väheksymättä ketään ja asiakkaan parhaaksi. Asukkaat saivat itse päättää osallisuudestaan ja saamamme aineisto käsiteltiin sitä muuttamatta. Kerroimme asukkaille samat tiedot kuin henkilökunnalle ja he allekirjoittivat samanlaisen sopimuksen. Näin hekin saivat toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan ja tehdä itse päätöksen osallisuudesta tai tutkimuksen ulkopuolelle jäämisestä. (Kuula 2006, 61.) Teimme yhteistyötahon kanssa sopimuksen opinnäytetyöstä. Haimme tutkimusluvan Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta. Sitouduimme tietojen käsittelyyn anonyymisti ja luottamuksellisesti. Hävitimme lomakehaastatteluissa saamamme aineistot asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Lähtökohtaisesti ajattelimme asukkaiden etua, parantamalla vanhaa toimintamallia. Asukkaiden etu on henkilökunnan johdonmukainen toiminta, heidän parhaakseen.

Lähteiden ja aiempien tutkimuksien etsimisen kautta opinnäytetyön aiheen merkityksellisyys korostui. Laitilan (2010) tutkimuksen kautta vahvistui asiakkaan osallisuuden merkitys, jota Malmikodin henkilökunta oli myös aiempia suunnitelmia laatiessaan pohtinut, mikä ilmeni lomakehaastatteluista. Keskusteluissa henkilökunnan kanssa sekä lomakehaastatteluissa ilmeni halu saada asukkaan ääni paremmin näkyviin palvelusuunnitelmiin.

Laadukkaan tiedon hakeminen, lähdekritiikki sekä kansainvälisen kirjallisuuden hakeminen oli aikaa vievää. Matkan varrella tuli luettua paljon kirjallisuutta, jota ei kuitenkaan voitu käyttää lopullisessa opinnäytetyössä. Samalla oppi paljon; tutkimukselle asetetuista vaatimuksista, tutkimusetiikasta ja tutkimuksiin liittyvästä sanastosta. Varsinkin alkuun oli vaikeaa hahmottaa tutkimuksen ja opinnäytetyön koko prosessia ja siihen liittyviä menetelmiä. Hanna Vilkan teokset *Tutki ja kehitä* (2005), sekä *Tutki ja havainnoi* (2006) olivat kovassa käytössä opinnäytetyön alkuvaiheilla.

7.4 Hankkeen luotettavuus

Hankkeen toteutuksen perustana käytimme valtakunnallisesti käytössä olevaa FinCC-luokitusta, joka mielestämme tukee sen luotettavuutta. Luokituksen kehittämiseen on käytetty paljon aikaa ja asiantuntijaryhmä on koostunut useista alan ammattilaisista. Suomi on siirtymässä Kansallisen Terveysarkiston käyttöön. Potilastietojärjestelmät, joissa on käytetty FinCC-luokituksen sisältävää tai mukailevaa kansallisen hoitotyön kirjaamismallia, tukevat Kansalliseen Terveysarkistoon siirtymistä. Koska palveluiden, hoivan ja hoidon antajina voi olla useita eri tahoja samalle ihmiselle, voidaan yhteneväisellä hoitotyön kirjaamisella varmistaa palvelujen jatkuvuus ja joustavuus asiakkaan näkökulmasta. (Päivärinta & Haverinen 2003; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.)

Luotettavuutta lisäsi myös Malmikodin esimieheltä, yksikönjohtajalta ja palvelualuejohtajalta saatu tuki. Voimme olla varmoja siitä, että saamme suoraa rakentavaa palautetta lopputuloksesta. Tämä myös mahdollisti asiantuntija-arvioinnin

ja luotettavan, ajantasaisen tiedonsaannin työn etenemisen aikana. Joanna Ojala työskentelee Malmikodissa, joka helpotti yhteydenpitoa ja lisäsi osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta. Lomakehaastatteluihin siirryttäessä oli hyötyä siitä, että pyyntö opinnäytetyöhön tuli Malmikodilta. Saimme osallistua kehittämisspäiviin ja tehdä lomakehaastattelut niissä, joka mahdollisti suuremman vastausprosentin, kuin lähettämällä kyselyt sähköisesti henkilökunnalle.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) kirjoittaa teoksessaan että arvioitaessa tutkimuksen sisällön luotettavuutta, tulisi tarkastella kysymysten asettelua, sekä pohtia vastasiko kysymysten asettelu sitä mitä haluttiin tietää. Kuten aikaisemmin jo totesimme, olisimme voineet käyttää kysymysten asetteluun enemmän aikaa ja resursseja.

LÄHTEET

- Ahola, Hannu & Stycz, Mari 2015. Selvitys 1/2015: Asunnottomat 2014. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 20.7.2015.
[http://www.ara.fi/fi-FI/ARAtietopankki/ARAn_selvitykset/Selvitys_12015_Asunnottomat_2014\(32596](http://www.ara.fi/fi-FI/ARAtietopankki/ARAn_selvitykset/Selvitys_12015_Asunnottomat_2014(32596).
- Ahtola, Eeva 2012. Hoitotyön suunnitelmien rakenteellisen kirjaamisen kehittämishanke Helsingin Diakonissalaitoksen sairaalassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 9.12.2014. <https://www.theseus.fi/handle/10024/46403>.
- Culhane, Dennis P; Metraux, Stephen & Hadley, Trevor 2002. Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing. Housing Policy Debate 2002. Volume 13, issue 1, 107–163. Viitattu 10.7.2015.
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10511482.2002.9521437>.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.11.14.
www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/.../C_17_ISBN_9789524930994.
- Hakanen, Viivi & Välikallio, Tinja- Nora 2013. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen fincc-luokituksen mukaisesti. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 9.12.14.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/57027>.
- Hallila, Liisa 2005 a. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Liisa Hallila (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 13–15.
- Hallila, Liisa 2005 b. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Liisa Hallila (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 51–52.

- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva Kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Helsingin Diakonissalaitos i.a. Palveluasuminen. Viitattu 9.12.2014. <https://www.hdl.fi/fi/konsernin-artikkelit/186-palvelut/asuminen/549-palveluasuminen>.
- Helsingin kaupunki 2013. Apotti-hanke. <http://www.hel.fi/hki/apotti/fi/Apotti-hanke>.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: SanomaPro Oy.
- interRAI i.a. The interRAI Organization: Who We Are. Viitattu 9.7.2015. <http://www.interrai.org/organization.html>.
- Itä-Suomen yliopisto i.a. Hoitotyön terminologiat hanke. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 1.4.2015. <https://www2.uef.fi/fi/stj/hoitotyon-terminologiat>.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a. Opinnäytetyöpakki. Haastattelu. Viitattu 15.1.2015. <http://kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Haastattelu>.
- Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura 2014. Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Teoksessa Marja Vaarama; Sakari Karvonen; Laura Kestilä; Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 106–177.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Kuopio: Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Viitattu 21.11.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- Lehtelä, Kirsi-Marja 2014. Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2011-2014. Teoksessa Marja Vaarama; Sakari Karvonen; Laura Kestilä; Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 250–259.
- Lehtonen, Leena & Salonen, Jari 2008. Asunnottomuuden monet kasvot. Suomen ympäristö 3. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Lehtovirta, Jukka & Vuokko, Riikka 2014. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen OSA 1. Teoksessa Jukka Lehtovirta & Riikka Vuokko (toim.) Terveystieteiden rakenteiden kirjaamisen opas. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 12–13.
- Liljamo, Pia; Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0 Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1.
- Oksa, Eila 2009. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen nivelreumapotilaan hoitotyössä -Koulutus. Opinnäytetyö. Viitattu 9.12.2014.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/24851>.
- Päivärinta, Eeva & Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes oppaita 52.
- Rosenheck, Robert; Kasprow, Wesley; Frisman, Linda & Liu-Mares, Wen 2003. Cost-effectiveness of Supported Housing for Homeless Persons With Mental Illness. Arch Gen Psychiatry 2003. Vol 60, No. 9. Viitattu 9.7.2015.
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207801>.

- Salo, Markku & Kallinen, Mari 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielen-terveyden keskusliitto.
- Saranto, Kaija & Sonninen, Anna Liisa 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Kaija Saranto; Anneli Ensio; Kaarina Tantt & Anna Liisa Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 12–13.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Viitattu 23.11.2014.
<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaali- terveyspalvelut. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Viitattu 19.5.2015.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Viitattu 27.11.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Alkoholi ja mielenterveys. Viitattu 19.5.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/tietoa-alkoholista/alkoholi-ja-terveys/alkoholin-haittavaikutukset/alkoholi-ja-mielenterveys>.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Vammaispalvelujen käsikirja. Palvelusuunnitelma. Viitattu 14.1.2015.
<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelusuunnitelma>.
- Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilkkä, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

LIITE 1: Lomakehaastattelu asukkaille

Jokaiselle Malmikodin asukkaalle laaditaan palvelusuunnitelma, jota päivitetään tarvittaessa. Palvelusuunnitelma toimii hoidon saamisen perustana ja ohjaajien työsuunnittelun apuna. Palvelusuunnitelma sisältää tietoa asukkaan terveydentilasta, toimintakyvystä, voimavaroista ja elämäntilanteesta. Suunnitelmassa määritellään hoidon tarpeet, sekä tavoitteet ja keinot joilla näihin päästään. Tämän kyselyn tavoitteena on auttaa kehittämään palvelusuunnitelmien toimivuutta.

1. Tiedätkö että sinulla on olemassa palvelusuunnitelma? Oletko osallistunut oman palvelusuunnitelmasi tekoon?

2. Mitä haluaisit oman palvelusuunnitelmasi sisältävän?

Kiitos palautteestanne!

LIITE 2: Työntekijöiltä pyydettävä kirjallinen suostumus

”Palvelusuunnitelman ohjeistus asumispalveluyksikössä” on Diakonia ammatti-korkeakoulussa sairaanhoitajiksi (AMK) opiskelevien Joanna Ojalan ja Helena Laihion opinnäytetyö. Sen tavoitteena on tuottaa ohjeistus, kuinka laaditaan palvelusuunnitelma Malmikodin asukkaalle. Haluamme kuulla työntekijöiden mielipiteitä ohjeistukseen liittyen.

Minulle on selvitetty yllä mainitun hankkeen tarkoitus ja siinä käytettävät tiedon-keruumenetelmät. Olen tietoinen siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon, voin vastata kysymyksiin anonymisti. Minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen opinnäytetyöhön, ja aineisto hävitetään sen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja antamiani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin. Annan myös luvan käyttää laatimiani palvelusuunnitelmia. Voin halutessani keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni, tai että se vaikuttaa työsuhteeseeni.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Yhteystiedot

joanna.ojala@student.diak.fi

helena.laihio@student.diak.fi

LIITE 3: Asukkailta pyydettävä kirjallinen suostumus

Suostumus osallistumisesta lomakehaastatteluun

"Palvelusuunnitelman ohjeistus asumispalveluyksikössä" on Diakonia ammatti-korkeakoulussa sairaanhoitajiksi (AMK) opiskelevien Joanna Ojalan ja Helena Laihion opinnäytetyö. Sen tavoitteena on tuottaa ohjeistus, kuinka laaditaan palvelusuunnitelma Malmikodin asukkaalle. Haluamme kuulla asukkaiden mieli-piteitä ohjeistukseen liittyen.

Minulle on selvitetty yllä mainitun hankkeen tarkoitus ja siinä käytettävät tiedon-keruumenetelmät. Olen tietoinen siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja voin vastata kysy-myksiin anonymisti. Minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen opin-näytetyöhön, ja aineisto hävitetään sen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja antamani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin. Annan myös luvan käyttää minua koskevia palvelu-suunnitelmia. Voin halutessani keskeyttää osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa asumissuh-teeseeni.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Yhteystiedot

joanna.ojala@student.diak.fi

helena.laihio@student.diak.fi

LIITE 4: Lomakehaastattelu 1

1. Mikä sinun mielestäsi on tärkeää asukkaalle tehtävässä palvelusuunnitelmassa?
2. Käytitkö edellistä palvelusuunnitelmaa tehdessäsi ohjeistusta? Jos et, niin miksi?
3. Minkälaista ohjeistusta olet kaivannut tehdessäsi palvelusuunnitelmia?

Kiitos palautteestanne!

LIITE 5: Lomakehaastattelu 2

1. Kuinka monta komponenttia (otsikko hoidon tarpeesta) olisi mielestäsi hyvä määrä ohjeistukseen?

2. Haluaisitko että palvelusuunnitelmaan olisi määritelty pysyvät komponentit, jonka lisäksi voisit itse valita komponentteja hoidon tarpeen mukaan?

3. Kaipaisitko komponentteihin tarkkoja alaluokkia selventämään palvelusuunnitelman tekoa?

Kiitos palautteestanne!

Suostumus osallistumisesta lomakehaastatteluun

LIITE 6: Palvelusuunnitelman ohjeistus

Palvelusuunnitelma

Jokaisella asumispalvelun asukkaalla on oltava voimassa oleva palvelusuunnitelma, jonka omaohjaaja laatii yhteistyössä asukkaan kanssa. Voit keskustella asukkaan kanssa ennen suunnitelman viemistä koneelle. Suositeltavaa on ottaa myös omaiset mukaan. Keskustelun runkona voit käyttää oheista ohjeistusta. Suunnitelmaan tulee kirjata, kuinka asukas ja omaiset ovat osallistuneet palvelusuunnitelman tekoon, ja se tulee tehdä kuukauden sisällä asukkaan muutosta Malmikotiin. Suunnitelma päivitetään 3 kuukauden välein, tai useammin jos asukkaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Samalla arvioitte onko sovittuihin tavoitteisiin päästy. Tarvittaessa voitte laatia uusia tavoitteita asukkaan kanssa. Käytä palvelusuunnitelmaa laatiessasi numerointia, se helpottaa suunnitelman lukemista. Komponentit 1-6 (lihavoidut) ovat kaikille asukkaille pakollisia, lisää voit valita asukkaan tarpeen mukaan.

Tätä ohjeistusta voi soveltaa. Saat muokata palvelusuunnitelmaa ja lisätä esimerkiksi päivittäisiin toimintoihin erittämisen jos haluat. On toivottavaa että teette asukkaan kanssa palvelusuunnitelmasta yksilöllisen. Asukkaan oma käsitys voimavaroista ja toiveista saattaa poiketa henkilökunnan näkemyksistä. Tällöin on hyvä kirjata molempien näkökulmat palvelusuunnitelmaan. Miettikää yhdessä asumisen tavoitteet ja asukkaan voimavarat. Niiden pohjalta teette palvelusuunnitelman.

Palvelusuunnitelman ohjeistuksessa on käytetty apuna FinCC-luokituksen komponentteja. FinCC-luokitus on laajasti terveydenhuollossa käytössä oleva rakenteisen kirjaamisen luokitus. Voit tutustua siihen alla olevan linkin kautta. Sieltä voit myös poimia lisää komponentteja jos et löydä sopivaa alla olevasta ohjeistuksesta.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Palvelusuunnitelman ohjeistus

Tässä laitat ruksin kohtaan Palveluasuminen		
<p>Keskeinen tavoite</p> <p>Päivämäärä koska palvelusuunnitelma tarkistettu ja kuka tarkistanut. Kirjaa myös asukkaan osallisuus / syy miksei asukas ole osallistunut suunnitelman tekoon. Tähän voit kirjata jos asukkaan oma käsitys eroaa omasta näkemyksestäsi (Lisäksi alla olevien komponenttien kohdalla kerrot missä kohdin näkemykset eroavat)</p> <p>Tähän kohtaan asukkaan perussairaudet.</p> <p>Merkitse tähän jos asukkaalla on DNR, Hoitotestamentti tai vastaava</p> <p>Merkitse tähän jos asukas on bakteerinkantaja tai hänellä on tarttuva tauti (MRSA, ESBL, Hepatiitit)</p> <p>Tähän voit kirjoittaa milloin asukas on tullut, miksi hän on tullut, mistä hän on tullut Voit kertoa myös hieman asukkaan taustoista: koulutus/ammatti, perhe/ystävyyssuhteet jne.</p> <p>Kirjaa tähän asukkaan voimavaroja. Mistä asukas pitää tai missä hän on erityisen hyvä. (Lähtekää yhdessä miettimään keinoja kaikkiin kohtiin voimavarojen kautta)</p>		
Nykytila (Mikä on ”ongelma”)	Tavoitteet (Mihin halutaan päästä)	Keinot (Miten tavoitteisiin päästään?)
<p>1. Päivittäiset toiminnot: Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve, pukeutumiseen, ruokailuun, liikkumiseen liittyvä avun tarve, apuvälineiden tarve, asiointiin liittyvä avun tarve, taloudellisiin asioihin liittyvä avun tarve</p> <p>2. Psyykkinen tasapaino: syömishäiriö, ahdistuneisuus, masentuneisuus, aggressiivisuus, väkivaltaisuus, toistuvat pakkonomaiset toiminnot, aistiharhat, harhaluulot, sekavuus. Muistihäiriö, henkisen tuen tarve, kommunikointiongelmia, sosiaalinen eristäytyminen, ryhmässä toimimisen vaikeus</p> <p>3. Lääkehoito: lääkityksen sopimattomuus/lääkeaineallergia, lääkekielteisyys, avun tarve lääkkeiden jakamisessa ja/tai ottamisessa</p> <p>4. Aktiviteetti: Aktiviteetin heikkeneminen, ajanvietteen vähäisyys, liikkumisen rajoittuminen, unihäiriö</p>	<p>1. Päivittäiset toiminnot:</p> <p>Tähän kirjaat mikä on tavoite kunkin toiminnon osalta asukkaasi kanssa. Vältä kääntäviä yleisiä tavoitteita, ja pohtikaa asukkaan kanssa yhdessä mihin halutaan päästä ja mitkä ovat sen hetkiset realistiset tavoitteet</p> <p>2. Psyykkinen tasapaino:</p> <p>3. Lääkehoito:</p> <p>4. Aktiviteetti:</p>	<p>1. Päivittäiset toiminnot: Omatoimisuuden tukeminen; peseytymisessä, pukeutumisessa, suun ja hampaiden hoidossa avustaminen/ohjaaminen, ruokailussa, liikkumisessa avustaminen/ohjaaminen, apuvälineet ja niiden käyttö, asiointissa avustaminen, taloudellisten asioiden hoito</p> <p>2. Psyykkinen tasapaino: psyykkisen tilan seuranta; mielialan seuranta, omahoitajakeskustelut, ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen, vuorovaikutus</p> <p>3. Lääkehoito: lääkkeen antaminen valvotusti suuhun/käteeseen, lääkelaastarit, tipat, sumutteet, suihkeet, lääkkeen jaosta huolehtiminen</p> <p>4. Aktiviteetti: Virikkeiden järjestäminen, toiminnallinen kuntoutus (esim. ”fysioterapia 1 x vko), liiketoimintajaksista huolehtiminen, toiminnallisuutta edistävä asento- ja valvetilan seuranta ja ohjaus</p>

<p>5. Ravitseminen: Ruokahaluttomuus, nielemisvaikeus, syömisvaikeus, erityisruokavalio, lisäravinteet, ruoka-aineallergia/ravintoaineiden rajoittaminen</p>	<p>5. Ravitseminen:</p>	<p>5. Ravitseminen: Ravinnonsaannin turvaaminen, sosemainen ruoka, erityisruokavalio, letkuruokinta, lisäravinteet. Ravinnon määrän rajoittaminen, vähäkalorinen ruokavalio, ravitsemukseen liittyvä ohjaus</p>
<p>6. Turvallisuus: Tapaturmariski, puutoamisriski, kaatuiluriski, karkailu. Tarttuvan taudin kantajuus. Toisen tai itsensä vahingoittamisen vaara.</p>	<p>6. Turvallisuus:</p>	<p>6. Turvallisuus: Tapaturmariskin huomioiminen, turvallinen ympäristö, rauhoittaminen, rajojen asettaminen. Asumaan omaisuuden haltuunotto tai tarkistus, liikkumisen rajoittaminen, sitominen/kiinnipitäminen. TÄHÄN MYÖS MAININTA SITOMISLUVASTA!</p>
<p>7. Kudoseheys: ihorikko tai ihorikon riski, ihottuma, säärihaava, painehaava</p>	<p>7. Kudoseheys:</p>	<p>7. Kudoseheys: ihon kunnon seuranta, rasvaus, haavahoito, erikoispatja, asentoahoito</p>
<p>8. Terveyskäyttäytyminen: Tupakointi, päihteiden käyttö, ravintotottumukset</p>	<p>8. Terveyskäyttäytyminen:</p>	<p>8. Terveyskäyttäytyminen: Tupakoinnin seuranta, päihteiden käytön seuranta, ravitsemustottumusten seuranta, terveyttä edistävä ohjaus, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen</p>
<p>9. Erittäminen: Virtsan pidätyskyvyttömyys, kastelu, ulosteen pidätyskyvyttömyys, ummetus/ulostamisvaikeus, ripuli, tuhriminen</p>	<p>9. Erittäminen</p>	<p>9. Erittäminen: virtsan ja/tai ulosteen pidätyskyvyttömyyden hoito, ripulin/ummetuksen hoito, virtsamäärän ja -laadun seuranta, kestopatjan/cystofixin hoito</p>
<p>10. Hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta: Limaisuus, aspiraatoriski, verenpaineen muutos, verensokerin muutos</p>	<p>10. Hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta:</p>	<p>10. Hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta: Liman imeminen, pupu-puhallukset. Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta, ihon värin ja lämmön seuranta. Verensokerin seuranta ja hoito (x vko/kk)</p>
<p>11. Aisti- ja neurologiset toiminnot: Kuuloaistin, näköaistin. Krooninen kipu (kudosvaurioon liittyvä, neuropaattinen, idiopaattinen). Neurologiset muutokset (vapina, jäykkyys, afasia, kouristelu).</p>	<p>11. Aisti- ja neurologiset toiminnot:</p>	<p>11. Aisti- ja neurologiset toiminnot: Kuulo- ja näköaistin muutoksen huomiointi sekä näihin liittyvien apuvälineiden järjestäminen. Kivun seuranta, arviointi ja hoito. Neurologisten oireiden seuranta.</p>

LIITE 7: Lomakehaastattelu 3

1. Vaikuttaako uusi palvelusuunnitelman ohjeistus nyt toimivalta?
2. Mitä puutteita olet huomannut ohjeistuksessa, tai mitä olet jäänyt kaipaamaan?

Kiitos palautteestanne!

LIITE 8: Tutkimuksen toteuttajan suostumus

Opinnäytetyön tekijän suostumus tietojen näkymiseen Helsingin Diakonissalaitoksen internetsivulla ja suostumus valmiin opinnäytetyön luovuttamisesta tutkittavaan yksikköön.

Suostun siihen, että opinnäytetyötä koskeva eettisen toimikunnan puolto, sekä nimeni ja sähköpostiosoitteeni, näkyvät Helsingin Diakonissalaitoksen internetsivulla. Minuun voivat ottaa yhteyttä opinnäytetyöstäni kiinnostuneet.

Lupaan toimittaa valmiin opinnäytetyön hanke- ja tutkimustoiminnan koordinaattorille pdf-muodossa. Opinnäytetyön saa julkaista Theseus-tietokannassa sekä Helsingin Diakonissalaitoksen internetsivulla.

Lupaan toimittaa valmiin työn myös Malmikodille ja ilmoittaa eettisen toimikunnan sihteerille, mikäli tutkimus keskeytyy.

Päiväys

08.02.2015

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus, nimenselvennys ja yhteystiedot



Joanna Ojala

joanna.ojala@student.diak.fi



Helena Laihia

helena.laihia@student.diak.fi